

Uppdrag om flytt till Nordnet



Försäkring från vilken kapitalet ska flyttas	Försäkringsbolag (avgivande bolag)		Försäkringsnr
	Försäkringstagare / Arbetsgivaren (Tjänstepension)		Personnr/Org.nr/Samordningsnr
	Försäkrad (om annan än försäkringstagare)		Personnr/Samordningsnr
	E-post		Telefonnr
	Kategori <input type="checkbox"/> Privatpension <input type="checkbox"/> Tjänstepension	Beräknat inflytt av kapital	

Jag/Vi säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och vill att försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.

Jag/Vi är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag/vi därefter inte har några anspråk gentemot det avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutade försäkringen. Jag/Vi är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.

Jag/Vi godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsohandlingar vid eventuell hälsoprövning.

Jag/Vi är medveten om samt godtar och tar fullt ansvar för att om flytt av kapitalet enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring, kan jag/vi personligen drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

Jag/Vi godkänner att försäkringskapitalet överflyttas till Nordnet Pensionsförsäkring AB så snart det avgivande bolaget fått in de handlingar som krävs och handlagt ärendet klart. I annat fall genomförs flytten vid den tidpunkt som framgår av försäkringsvillkoren.

Intyg om ensamt ägande (i förekommande fall)	<input type="checkbox"/> Jag intygar härmed att jag ensamt äger aktiebolaget, ovan kallad försäkringstagare, till 100 procent och att jag därmed kan underteckna uppdrag om flytt som både försäkrad och försäkringstagare.
--	---

Underskrift	Ort och datum	Försäkrad / Den anställde	Namnförtydligande
	Ort och datum	Försäkringstagare* / Arbetsgivare	Namnförtydligande
	Ort och datum	Försäkringstagare* / Arbetsgivare	Namnförtydligande
	Ort och datum	Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)	Namnförtydligande

*Underskrift av behörig firmatecknare krävs för flytt av tjänstepension.

Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring

Nordnet Pensionsförsäkring AB intygar, och tar det fulla ansvaret för, att den mottagande försäkringen som tecknats för att ta emot försäkringskapitalet, uppfyller alla krav som ställs på en pensionsförsäkring enligt inkomstskattelagen och att denna försäkring inte är ett individuellt pensionssparkonto (IPS).

Vidare intygar Nordnet Pensionsförsäkring AB, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen har samma försäkrad som den försäkring som försäkringskapitalet flyttas från enligt punkt 1 ovan samt att utbetalning inte har påbörjats från den mottagande försäkringen.

Försäkring till vilken kapitalet ska flyttas	Bankgiro (ej OCR-spärrade)		Försäkringsnummer	
	Kategori <input type="checkbox"/> Privatpension <input type="checkbox"/> Tjänstepension			
	Mottagande försäkringsbolag		Org.nr	
	Adress		Postnr, Ort	
	E-post		Telefon (inkl. riktnr)	Fax
	Ort		Datum	
	Kontaktpersons underskrift		Namnförtydligande	

Avgivande bolagets notering	<input type="checkbox"/> Denna försäkring är ej flyttbar. Returneras till Nordnet Pensionsförsäkring AB.
-----------------------------	--